

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année

THÈSE

N°

203

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 5 juin 1886, à 1 heure

Par F. PARDO DE TAVERA

Ancien externe des hôpitaux de Paris,

Médaille de bronze de l'Assistance publique,

Membre correspondant de la Société gynécologique espagnole de Madrid.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES MÉTRORRHAGIES

AU DÉBUT DE LA GROSSESSE

Président : M. DUPLAY, professeur.

BALL, professeur.

Juges : MM. } HUTINEL, PEYROT, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.
Professeurs.....

Anatomie.....	MM. SAPPÉY.
Physiologie.....	BECLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	PETER.
Pathologie chirurgicale.....	DAMASCHINO.
Anatomie pathologique.....	GUYEN.
Histologie.....	LANNELONGUE
Opérations et appareils.....	CORNIL.
Pharmacologie.....	Mathias DUVAL.
Thérapeutique et matière médicale.....	DUPLAY.
Hygiène.....	REGNAULD
Médecine légale.....	HAYEM.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	TARNIER.
Clinique médicale.....	LABOULBENE.
Clinique des maladies des enfants.....	VULPIAN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	SEE (G.).
Clinique des maladies syphilitiques.....	JACCOUD.
Clinique des maladies nerveuses.....	HARDY.
Clinique chirurgicale.....	POTAIN
Clinique ophthalmologique.....	GRANCHER.
Clinique d'accouchements.....	BALL.
	FOURNIER.
	CHARCOT.
	RICHEL.
	VERNEUIL
	TRELAT.
	LE FORT.
	PANAS.
	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE: M. VULPIAN

Professeurs honoraires: MM. GOSSELIN, BOUCHARDAT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GUEBHARD.	PEYROT.	RIBEMONT.
BOUILLY.	HALLOPEAU.	PINARD.	DESSAIGNES.
BUDIN.	HANOT.	POUCHET.	RICHELOT.
CAMPENON.	HANRIOT.	QUINQUAUD.	Ch. RICHEL.
CHARPENTIER.	HUMBERT.	RAYMOND.	ROBIN (Albert).
DEBOVE.	HUTINEL.	RECLUS.	SEGOND.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	REMY.	STRAUS.
GARJEM.	KIRMISSON.	RENDU.	TERRILLON.
	LANDOUZY.	REYNIER.	TROISIER.

Secrétaire de la Faculté: C. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

DON JOAQUIN PARDO DE TAVERA

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR S. DUPLAY

Professeur de la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière,
Membre de l'Académie de médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. LE DOCTEUR F. SIREDEY

Membre de l'Académie de médecine,
Médecin de l'hôpital Lariboisière,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. LE DOCTEUR F. LUYS

Membre de l'Académie de médecine,
Médecin de l'hôpital de la Charité,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. LE DOCTEUR CH. FERNET

Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Beaujon,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. LE DOCTEUR G. FÉLIZET

Chirurgien des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. LE DOCTEUR OZENNE

Chef de clinique à la Faculté de médecine,
Membre de la Société anatomique et de la Société clinique.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	7
Description.....	11
Histoire et pathogénie.....	14
Etiologie.....	21
Diagnostic.....	25
Pronostic.....	31
Traitement.....	32
Conclusions.....	36
Observations.....	37
Index bibliographique.....	60

Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MÉTRORRHAGIES

AU DÉBUT DE LA GROSSESSE

INTRODUCTION

Pendant notre externat à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Siredey, nous avons eu l'occasion d'observer, maintes fois, des métrorrhagies survenant au début d'une grossesse, et nous avons été frappé de la difficulté qu'offre très souvent le diagnostic, non de la source de l'hémorrhagie, car avec un examen attentif on la découvre facilement, mais de l'existence possible d'une grossesse concomitante, et tout à fait au début, c'est-à-dire dans les trois premiers mois, alors qu'il n'y a pas un seul signe de certitude et qu'un grand nombre des signes de présomption peuvent manquer, faire absolument défaut, ou bien, s'ils existent, peuvent donner lieu à des erreurs. On sait en effet qu'il y a quelques maladies de l'utérus et de ses annexes, et

des affections de l'abdomen qui ont des symptômes identiques à ceux qu'on observe dans la grossesse, même à une époque assez avancée (développement du ventre, augmentation du volume des reins, hypertrophie des tubercules de Montgommery, couleur violacée des muqueuses génitales, etc.); la grossesse imaginaire peut aussi produire les mêmes symptômes. Les traités d'accouchements, ainsi que les pathologies et beaucoup d'autres publications médicales nous rapportent des cas de grossesses, à différentes époques de leur évolution, prises pour des fibromes, des polypes, des mûles d'hydatides, etc., de l'utérus; des métrites, des kystes de l'ovaire, etc., ou vice-versa. Nous croyons inutile de rappeler ici quelques-unes de ces erreurs commises par des praticiens fort distingués, erreurs qui sont devenues classiques, pour ainsi dire, et que tout le monde connaît déjà. Quelquefois le diagnostic est tout à fait impossible.

Nous nous trouvons maintenant en présence de la métrorrhagie, symptôme qu'il faut combattre : symptôme de quelle affection? Quel traitement faudra-t-il instituer? Voilà une nouvelle difficulté qui découle de celle du diagnostic et qui nous laisse bien des fois dans l'embarras, d'autant plus que ces hémorrhagies peuvent, comme nous verrons plus tard, se prolonger pendant longtemps **ps.**

Voici donc deux points, le diagnostic et le traitement, dans la pathologie des métrorrhagies au début de la grossesse, qui ont un grand intérêt prati-

que et qui doivent attirer l'attention plus qu'on ne le fait d'habitude. Cependant, tout en leur consacrant, dans le cours de ce travail, les développements qu'ils méritent, nous n'aurons garde de négliger le pronostic, de même que nous ne passerons pas sous silence les quelques opinions, qui ont été émises pour expliquer et les nombreuses causes et la pathogénie de ces hémorrhagies, dont nous décrirons tout d'abord les caractères.

Dans les dernières pages de cette étude clinique nous avons présenté quelques observations; les unes dues à l'amabilité de notre excellent ami le docteur Ozenne; les autres personnelles; quelques-unes enfin empruntées à différents auteurs.

Mais avant d'entrer en matière, un devoir s'impose à nous : celui d'adresser nos remerciements à nos maîtres dans les hôpitaux. En leur rendant publiquement hommage, nous sommes heureux de donner un témoignage de sympathie aux Français, dont la généreuse hospitalité restera chère à notre cœur.

Nous prions en particulier M. Siredey d'accepter l'assurance de notre reconnaissance pour ses savantes leçons et les utiles conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant plusieurs années

Que M. le professeur Duplay veuille bien agréer l'expression de notre profonde gratitude pour la bienveillance, qu'il nous a toujours témoignée, et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Qu'il nous soit encore permis de remercier d'une façon spéciale M. le Dr Luys des nombreuses marques d'affection, dont il nous a honoré, et M. le Dr Fernet, qui nous fit l'honneur de diriger nos premiers pas dans cette carrière si honorable que nous allons parcourir.

DESCRIPTION

Les métrorrhagies dont nous allons nous occuper présentent, par leur mode d'évolution ainsi que par leurs caractères, des particularités assez tranchées pour qu'on puisse faire d'elles une classe à part dans la pathologie des hémorrhagies utérines pendant la grossesse.

L'hémorrhagie survient, la plupart des fois, sans être précédée par aucun symptôme (obs. A. B. C. et suivantes); cependant elle peut coïncider avec l'époque menstruelle et alors on observe l'ensemble des phénomènes précurseurs du flux cataménial : pesanteur dans les lombes, les cuisses, l'hypogastre ; horripilations, vertiges, céphalalgie, nausées, refroidissement des extrémités, etc.

Dans les observations que nous avons recueillies à l'hôpital, dans celles que nous avons empruntées aux thèses de MM. Pagnon (1), Leger (2), au livre de Mauriceau (3), à la « Revue médicale de l'Est » (4)

(1) Pagnon. Des hémorrhagies qui compliquent la grossesse, l'accouchement, etc. Thèse de Paris, 1848, n. 226.

(2) Léger (H.). Des hémorrhagies utérines qui se manifestent pendant la grossesse, etc. Th. Paris, 1863.

(3) Mauriceau. Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes, etc. Paris, 1695-1715, in-4.

(4) Ganzinotty. Métrorrhagie dans la première moitié de la grossesse. In Rev. méd. de l'Est, t. XVII, p. 152. Nancy, 1885.

et dans quelques-unes qui nous ont été données par M. Ozenne, nous voyons entre elles une analogie remarquable, non seulement dans la métrorrhagie elle-même, mais aussi dans l'époque de leur apparition, qui a toujours lieu du premier au quatrième mois de la grossesse et quelquefois au cinquième.

L'écoulement est, le plus souvent, peu considérable et se fait par suintement. Il est constitué par du mucus mélangé de sang, ressemblant au flux cataménial, au début ou à la fin (Jacquemier) (1), quelquefois par du sang pur plus ou moins coloré, toujours fluide; « il est comparable à un écoulement menstruel de médiocre abondance » (Tarnier) (2). Nous n'avons jamais constaté de caillots; du reste, leur existence n'a pas toujours une grande valeur, puisqu'ils peuvent se former toutes les fois que le sang séjourne, plus ou moins longtemps, soit dans la cavité de l'utérus, soit dans le vagin.

Les symptômes qui accompagnent ordinairement les autres métrorrhagies, ici, font défaut, à moins que l'hémorrhagie ne devienne plus intense; les seuls qu'on rencontre, d'habitude, sont ceux qui appartiennent à la grossesse, mais ils peuvent aussi manquer. Il y a rarement de la douleur; quand elle existe, c'est plutôt une sensation de pesanteur dans le bas-ventre qu'une véritable douleur.

(1) Jacquemier. Art. Avortement in Dict. Dechambre, p. 558-559.

(2) Cazeaux. Traité théor. prat. de l'art des accouchements. Paris, 1840, 8^e édit., 1870, revu et annoté par Tarnier à partir de la 7^e édition.

La *marche* de cette métrorrhagie ne présente rien de fixe ; elle est des plus irrégulières, l'écoulement est tantôt continu, tantôt il s'arrête et se renouvelle à des intervalles plus ou moins courts ; il peut ne durer que quelques jours, disparaître sans motif pour reparaitre ensuite par la moindre cause ; il se prolonge parfois pendant trois ou quatre mois et même cinq mois, sans interruption. mais nous ne l'avons pas vu dépasser ce terme (obs. A. B. C. et suivantes), et, enfin, il peut augmenter pendant l'époque correspondant aux menstrues (obs. I).

La *terminaison* est, habituellement, favorable. L'écoulement s'arrête et la grossesse suit son cours normal. L'avortement est presque exceptionnel ; quand il survient, il est annoncé par la recrudescence de la métrorrhagie et l'apparition des symptômes précurseurs de la fausse-couche (obs. B. E. F. G. K.).

HISTORIQUE ET PATHOGÉNIE

Dans les ouvrages que nous avons consultés, on ne parle que d'une manière succincte de ces métrorrhagies. La plupart des auteurs ne s'en occupent que pour dire : qu'elles ne sont pas graves en général, que seul le fœtus peut être en danger, que, d'ordinaire, elles n'entravent pas le cours de la grossesse et enfin, point très important, qu'elles peuvent faire méconnaître une grossesse (Tarnier) (1).

Nous soumettons ici les quelques opinions qui ont été données pour expliquer la production de ces métrorrhagies.

Mauriceau (2), l'un des auteurs les plus anciens, parle d'une façon générale sur les écoulements sanguins du début de la grossesse et leur assigne comme cause l'abondance du sang dont l'utérus se débarrasse, d'une partie, comme étant « en excès pour la nourriture du fœtus ; » mais nous le retrouvons ensuite plus tard (3) donnant des explications diverses pour chacun des cas observés par lui.

(1) Tarnier. In *Traité d'accouchements* de Cazeaux.

(2) Mauriceau. *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*, Paris, 1668, 1675, 1694, in-4, p. 157 de la 3^e édition.

(3) Mauriceau, *Loc. cit.*

Dionis, en 1718 (1), et Gendrin, en 1838 (2), attribuent ces écoulements au détachement d'une petite partie de l'arrière-faix.

Un tel accident nous paraît assez rare et assez sérieux pour qu'il ne soit pas suivi, presque toujours, d'avortement ; ce qui n'arrive que bien peu de fois dans le cas dont nous parlons.

Jacquemier écrit (3) : « Il semble que, dans ces cas, le travail de transformation de la muqueuse utérine en membrane caduque entretient dans l'utérus une fluxion sanguine, analogue à celle qui accompagne la menstruation elle-même. »

Désormeaux, Velpeau, M^{me} Lachapelle, et Dugès comparent ces hémorrhagies aux épistaxis, l'écoulement n'étant, d'après ces auteurs, qu'une exhalation sanguine, et ils leur assignent comme cause efficiente une congestion locale, un afflux, un état d'irritation particulier.

Cette congestion, cet afflux, cet état d'irritation particuliers peuvent exister à n'importe quelle période de la grossesse ; par conséquent, l'explication ne nous semble pas suffisante en ce qui touche les écoulements de sang des premiers mois. La même objection est applicable à la théorie de Mauriceau.

(1) Dionis. *Traité général des accouchements*. Paris, MDCCXVIII p. 168.

(2) Gendrin. *Traité de méd. pratique*. Paris, 1838.

(3) Jacquemier. *Loc. cit.*

Stoltz (1) dit que ces pertes ne sont souvent que les préludes d'un avortement ou un signe d'une affection concomitante de l'état de gestation. Mais de même que Duncan Stewart (2), Cazeaux (3), P. Dubois (4) et quelques autres auteurs, il fait remarquer : que, dans les premiers mois, l'union de l'œuf avec l'utérus étant si vasculaire et les capillaires si fragiles, un trouble quelconque pourrait amener le décollement de l'œuf, par déchirure des vaisseaux, et l'écoulement de sang aurait lieu.

Cette dernière théorie, ainsi que celle de Jacquemier, nous semble plus juste ; aussi, nous tâcherons de la compléter.

Nous citerons, également, Trenholme (5) qui, se fondant sur un cas observé par lui, prétend : « que
« des hémorrhagies autres que celles produites
« par le placenta prævia ne peuvent se produire
« dans la cavité utérine que lorsqu'il existe une
« anomalie de développement de la caduque. »

Nous croyons inadmissible cette opinion qui n'a pas de preuves suffisantes à son appui.

Enfin, nous empruntons à Tarnier (6) les lignes

(1) Stoltz. Art. Grossesse, p. 37, in Dict. Jaccoud.

(2) Rigby et Duncan Stewart. Nouveau Traité sur les hémorrhagies de l'utérus, trad. par Mme Boivin. Paris, 1818, in-8.

(3) Cazeaux. Loc. cit.

(4) Dubois et Pajot. Traité d'accouchements.

(5) Trenholme. Rev. des sc. méd. dirig. par Hayem, t. 13, p. 609 et in Trans. of the intern. congr. of Philadel., p. 870, 1876.

(6) Tarnier. Loc. cit.

suivantes : « Nous croyons que cette perte de sang
« a sa source dans le col utérin, qui nous a paru,
« dans ce cas, gros et ramolli. Cette explication est
« probable, quand on se rappelle avec quelle faci-
« lité le museau de tanche laisse suinter du sang,
« quand on examine une femme enceinte au spé-
« culum. La présence d'une ulcération sur le col
« rendrait encore l'écoulement sanguin plus fa-
« cile. »

Cela nous paraît évident pour d'autres métror-
rhagies ; mais pour celles-ci, ni le ramollissement
du col utérin, ni l'ulcération, ne peuvent expliquer
pourquoi l'hémorrhagie ne dépasse pas le cinquième
mois. Elle devrait, au contraire, continuer à se pro-
duire et même augmenter, puisque, au ramollisse-
ment signalé par Tarnier, s'ajouterait le ramollisse-
ment progressif du col de l'utérus gravide ; dans ces
conditions de congestion et de ramollissement, une
ulcération trouverait un terrain impropre à sa
guérison et par conséquent l'hémorrhagie pourrait
se prolonger bien au delà des premiers mois de la
grossesse.

Les lésions cervicales sont fréquentes pendant la
gestation ; les hémorrhagies, qui en sont souvent la
conséquence, ressemblent à celles dont nous nous
occupons en ce moment, mais elles peuvent paraître,
ainsi que les ulcérations, à une époque quelconque
de la grossesse.

Les diverses modifications que subit l'appareil
génital pendant la grossesse sont bien connues, sur-

tout celles qui se rattachent à l'utérus, le seul organe qui nous intéresse dans le présent travail ; aussi nous ne ferons que les énumérer rapidement, en nous arrêtant sur les particularités qui puissent nous servir pour expliquer, à notre manière de voir, la production des pertes de sang au début de la grossesse.

A partir du moment de la fécondation, l'utérus augmente graduellement de volume, de poids, outre les changements dans sa forme, sa direction, sa situation, ses rapports et sa structure ; sa cavité se dilate et ses parois s'hypertrophient.

Les modifications de la tunique muqueuse du corps de l'utérus présentent un intérêt tout spécial pour que nous les étudions en détail.

Faisant abstraction de la théorie ancienne sur la formation de la caduque, nous ne mentionnerons que les données, déjà acquises par la science, en insistant sur la théorie moderne qui démontre, d'une manière évidente, que la membrane caduque est formée aux dépens de la muqueuse utérine elle-même (Coste, Ch. Robin).

Immédiatement après la conception, la muqueuse du corps de la matrice subit un ensemble de changements analogues, en grande partie, à ceux qui se produisent à chaque période menstruelle. Comme dans tout le tissu de l'utérus, ces phénomènes sont précédés et accompagnés d'un surcroît considérable de vitalité ; l'organe tout entier est le siège d'une congestion très intense, le système vasculaire est

très développé, les vaisseaux sont dilatés et fournissent des ramifications nombreuses, le réseau capillaire sous-épithélial devient plus riche et plus apparent. La muqueuse s'hypertrophie, se boursouffle, sa surface est violacée et présente de gros plis. Les glandes, aussi, participent à cette hypertrophie et sécrètent du mucus en abondance

C'est dans cet état que l'œuf fécondé trouve la muqueuse, quand il arrive dans la cavité de l'utérus ; il y est retenu par une des anfractuosités, non loin de la trompe. La muqueuse utérine se laisse déprimer par l'ovule, elle l'entoure et l'enveloppe rapidement, en lui formant une sorte de loge, qui est bientôt close. L'œuf possède ainsi une troisième membrane dite caduque ovulaire, pour la distinguer de la muqueuse qui tapisse les parois de la cavité utérine appelée caduque utérine ou pariétale, et de celle qui forme le plancher de la loge ovulaire, caduque interutéro-placentaire. Dans cet exposé nous ne nous occuperons que des deux premières.

Dans le premier mois de la grossesse, les rapports entre la caduque ovulaire et l'utérine sont très limités ; dans le deuxième et surtout dans le troisième mois, ils deviennent de plus en plus intimes ; les surfaces des deux caduques sont adossées et vers le quatrième mois, l'œuf remplissant déjà la cavité de la matrice, la caduque ovulaire est en contact avec toute l'étendue de l'utérine. Bientôt l'épithélium disparaît peu à peu et des adhérences commencent à s'établir entre elles ; au bout d'un mois, le travail

d'adhésion est terminé, les deux caduques se sont soudées pour constituer une membrane unique.

Pour compléter cet aperçu, nous ferons quelques remarques sur l'évolution des deux caduques, l'ovulaire et l'utérine, pendant la période que nous venons de décrire. Toutes les deux subissent un travail d'hypertrophie suivi d'un autre d'atrophie. Le processus hypertrophique est le même pour les deux caduques ; au deuxième mois de la grossesse il est arrivé à son maximum, alors, le travail d'atrophie commence, la caduque ovulaire est celle qui s'atrophie plus tôt et plus rapidement ; leurs vaisseaux suivent la même marche et vers le milieu de la grossesse ils ont disparu dans l'ovulaire et ils sont atrophies, pour la plupart, dans l'utérine.

D'après ce que nous venons de voir, il est aisé de comprendre que : sous l'influence d'une ou plusieurs causes prédisposantes, que nous signalons plus loin, et sous l'action d'une cause déterminante, l'hémorrhagie se produise à la surface des caduques. Mais comme le travail adhésif suit son cours et se termine vers la fin du cinquième ou quelquefois au sixième mois, l'écoulement de sang, produit soit par diapédèse, soit, ce qui est plus vraisemblable, par rupture des capillaires de nouvelle formation, doit s'arrêter forcément.

Il se pourrait que la métrorrhagie dépassât ce terme, bien que nous ne l'ayons pas observée, alors, il serait possible de l'expliquer par un arrêt dans le travail d'adhésion, occasionné par l'hémorrhagie elle-même.

ÉTIOLOGIE.

Les causes de ces métrorrhagies pourraient à la rigueur être divisées en causes prédisposantes et en causes déterminantes : quelques-unes d'entre elles justifieraient assez bien ce partage ; mais, comme cette délimitation ne peut être générale, nous avons cru mieux de ne pas adopter une telle classification, tout en faisant remarquer dans leur énumération ce que chacune d'elles présente de spécial.

En premier lieu nous placerons l'*état de grossesse*, par les différents troubles qu'elle fait subir à l'appareil circulatoire surtout, et qui se manifestent principalement par une activité plus grande de la circulation, l'hypertrophie du cœur, la fréquence du pouls, la congestion des organes de la génération, etc. Il y a augmentation de la masse sanguine et des modifications des éléments du sang, dont la plus importante, au point de vue de la métrorrhagie, est la diminution, en proportion, de la fibrine, pendant les six premiers mois (Andral, Gavarret). Nous savons, en effet, que cette modification prédispose aux hémorrhagies, lesquelles ont presque toujours le caractère passif. Or, si nous rapprochons les caractères de ces hémorrhagies de ceux des métrorrhagies passives, nous constatons qu'ils sont identiques. Voici ce que nous trouvons dans le Compen-

dium (1) sur la métrorrhagie passive, par diminution de la fibrine du sang :

« L'hémorrhagie n'est annoncée par aucun prodrome ; quelques moments avant son apparition, les malades éprouvent des horripilations, un resserrement à la surface du corps.

« L'écoulement sanguin est peu abondant, mais il se prolonge pendant longtemps, et se reproduit à la moindre occasion ; les récidives sont très fréquentes, le sang est pâle, fluide, il ne se forme pas de caillots, et par conséquent il n'existe pas de douleurs expulsives, etc. »

Nous ne croyons donc pas qu'il y ait une simple coïncidence entre l'époque de la diminution de la fibrine et l'époque de ces métrorrhagies.

La *constitution forte*, le *tempérament sanguin*, l'*état pléthorique*, prédisposent aux métrorrhagies, mais moins cependant que les états opposés (A. Courty) ; M. A. Courty, dit (2) :

« La faiblesse de la constitution, le tempérament lymphatique nerveux, la chloro-anémie me paraissent disposer beaucoup plus les femmes aux hémorrhagies, et surtout aux métrorrhagies passives et aux métrorrhagies asthéniques. »

Dans la plupart de nos observations, nous constatons la justesse de ces assertions.

(1) Moneret et Fleury. Art. Métrorrhagie, p. 57, in *Compendium de méd. pratique*.

(2) Courty. Art. Métrorrhagie, p. 447 in *Dict. Dechambre*.

Les *caduques* par leur trame molle et leur texture délicate, et surtout par leur état congestif, leur richesse vasculaire, l'exfoliation de leur épithélium et la fragilité des vaisseaux capillaires de nouvelle formation qui s'organisent pour constituer les adhérences entre elles, sont pour ces raisons des causes d'hémorrhagie d'une réelle valeur.

Les *métrorrhagies* survenues pendant une ou plusieurs grossesses antérieures ont une tendance à se reproduire dans le cours des grossesses suivantes (obs. J). Il en est de même du flux cataménial qui, brusquement supprimé par le fait de la grossesse, peut reparaitre plus tard à la moindre cause.

Nous signalerons encore la syphilis, les affections du cœur, certaines maladies de l'utérus qui peuvent accompagner la grossesse : polypes, fibromes, etc. La vie sédentaire, les travaux pénibles, la compression exercée par certains vêtements : corset, etc.; l'abus des drastiques, des injections et des bains chauds.

La *constipation* est habituelle chez les femmes enceintes, et les efforts de défécation doivent entrer pour une grande part dans la production de ces *métrorrhagies*; mais pour avoir ce renseignement il faut, à ce sujet, attirer l'attention de la malade qui, habituée à faire chaque jour des efforts, ne les considère pas comme étant de nature à provoquer ou à entretenir au moins l'hémorrhagie. On pourra nous objecter que la constipation, étant extrêmement fréquente, ne peut avoir que peu de valeur pour expli-

quer ces métrorrhagies. Nous ne prétendons pas non plus en faire la cause unique, mais nous croyons qu'elle doit figurer au premier rang avec la *masturbation* et le *coït*. Nous dirons à ce propos que le médecin, après avoir passé en revue toutes les causes externes et internes capables de provoquer un écoulement de sang, se trouve la plupart du temps dans l'impossibilité d'expliquer sa production, car il rencontre très peu de femmes qui avouent se livrer à des excès de coït et beaucoup moins encore qui confessent leurs habitudes de masturbation. Nous croyons devoir rappeler ici l'opinion de Velpeau :

« Vous aurez presque toujours raison en attribuant la métrorrhagie à des excès de coït, lorsqu'il vous sera impossible de reconnaître les désordres soit du col, soit du corps de l'utérus. »

Les efforts de toute nature, les chutes sur le bassin, les pieds, les genoux, etc. ; les coups portés sur l'abdomen, et finalement les moyens mécaniques pour provoquer l'avortement, sont encore autant de causes qui doivent être invoquées dans l'étiologie de ces hémorrhagies.

DIAGNOSTIC.

Toute la difficulté du diagnostic réside, d'une part, dans l'absence des signes certains de la grossesse dans les quatre premiers mois, et, d'autre part, dans la multitude des phénomènes qui appartiennent aussi bien à la gestation qu'à de nombreux états morbides de l'utérus.

La suppression des règles est un des phénomènes le plus constant de la grossesse, et, à son début, c'est habituellement sur ce symptôme que repose le diagnostic ; mais survient-il un écoulement sanguin, ce diagnostic devient alors très difficile.

On ne saurait donc trop recommander de se livrer toujours à un ou plusieurs examens minutieux et de s'entourer de plus de précautions possibles, aussi bien au point de vue de l'interprétation à donner aux divers phénomènes que l'on observe, que dans les moyens d'investigation directe qui, tous, à l'exception de l'hystéromètre, ne doivent pas être négligés.

Siège de l'hémorrhagie. — Avec un examen attentif on le découvre facilement ; par conséquent, une erreur pouvant faire croire à une hémorrhagie provenant de la vulve, du vagin ou de la surface du col de l'utérus, n'est pas possible.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Avec les règles. — Les métrorrhagies du début de la grossesse peuvent coïncider avec l'époque habituelle des règles, la devancer, ou bien la suivre. Elles peuvent, de même que les règles, ne durer que quelques jours. Leurs caractères macroscopiques sont semblables, et les phénomènes généraux et locaux qui les accompagnent habituellement sont les mêmes ; du reste, on est rarement consulté pour une perte qui se présenterait dans de telles conditions, car les femmes ne s'en inquiètent que dans les cas où la métrorrhagie dépasse soit en quantité, soit en durée celle de leurs règles, ou bien si elles soupçonnent leur état de grossesse, ou bien encore elles attirent l'attention du médecin non sur l'hémorrhagie, mais bien sur certains phénomènes qui se rencontrent pendant la grossesse, comme par exemple les vomissements, le ptyalisme, les névralgies, etc., etc.

Mauriceau (1), Baudelocque (2), M^{me} Lachapelle (3) et beaucoup d'autres auteurs ont voulu établir des différences entre ces deux hémorrhagies ; les uns n'envisagent que les caractères physiques du sang, les autres les phénomènes locaux ; pour nous, nous

(1) Mauriceau, Loc. cit.

(2) Baudelocque. L'art des accouchements, 8^e éd. Paris, 1844.

(3) Mme Lachapelle. Traité des accouchements, Paris, 1825.

croyons qu'il n'y a pas de caractères assez nets pour faire ce diagnostic différentiel ; on conçoit facilement non seulement qu'il soit impossible, mais encore qu'il n'y ait pas lieu de le faire, étant donnés les cas possibles de menstruation pendant le cours de la grossesse.

Avec la congestion utérine. — Dans la congestion, l'utérus est augmenté de volume, le col est souvent ramolli et de couleur plus ou moins violacée ; or, tous ces caractères se trouvent dans l'utérus gravide puisqu'il est, lui aussi, congestionné. Si dans ces conditions le diagnostic est déjà très difficile, il le sera davantage dans le cas où une hémorrhagie utérine viendrait compliquer la grossesse, car un écoulement semblable se rencontre souvent dans le premier cas. Le diagnostic ne peut être établi, quelquefois, que trois ou quatre mois après le début présumé de la grossesse (Tarnier).

Avec la métrite chronique. — Cette maladie est accompagnée d'une douleur sourde dans le bas-ventre s'irradiant vers le pubis, les reins, et souvent il y a des élancements. L'écoulement est tantôt muco-purulent, tantôt sanguin. Le col présente quelquefois des érosions, des exulcérations, et d'autres fois de véritables ulcérations. L'utérus est douloureux à la pression, ce qui n'a pas lieu pour l'utérus gravide. Dans la métrorrhagie au début de la grossesse, l'écoulement n'est jamais purulent, il n'y a pas de

douleurs ; de plus, à défaut des autres signes de la grossesse au début, on constate presque toujours une coloration violacée des muqueuses de la vulve, du vagin et surtout du col. Tarnier et Chantreuil (1) disent que : « la sensation éprouvée par le doigt qui « appuie sur le corps de l'utérus en différents en- « droits, lorsqu'on pratique le toucher vaginal, est « tout à fait différente dans la métrite chronique et « dans la grossesse. Dans le premier cas, le tissu de « l'organe est ordinairement induré, parfois œdé- « matié, quand il existe en même temps une rétro- « version ; dans le second cas, la consistance du « tissu utérin est d'une mollesse spéciale. »

Si la métrite existe en même temps que la grossesse au début, le diagnostic serait des plus difficiles, pour ne pas dire impossible. Dans ce cas comme dans le précédent : « il faut savoir attendre « avant d'en venir à un traitement actif. Si d'une « semaine à l'autre l'utérus augmente de volume, il « y a grossesse (Courty) (2). »

Avec les polypes de l'utérus. — La présence de corps étrangers dans l'utérus produit quelquefois des phénomènes qui accompagnent la grossesse : pigmentation de la ligne blanche, des seins, nausées, vomissements, etc., et même augmentation du volume de l'organe, dans quelques cas de fibromes et de po-

(1) Tarnier et Chantreuil, *Traité de l'art des accouchements*, p. 536. Paris, 1880.

(2) Courty. *Art. Métrite*, p. 413 in *Dict. Dechambre*.

lypes fibreux ; mais ces derniers, et les polypes muqueux surtout, s'accompagnent d'hémorrhagies beaucoup plus abondantes que celles dont nous parlons ; en outre, il existe souvent des douleurs expulsives, et les muqueuses génitales conservent leur coloration normale. Nous pouvons ajouter que, dans certains cas, les polypes deviennent accessibles pendant l'hémorrhagie.

Avec les fibromes de l'utérus. — En parlant des polypes, nous avons vu que les fibromes, eux aussi, pouvaient être accompagnés des mêmes phénomènes réflexes qu'on rencontre dans la grossesse ; si nous ajoutons à cela l'augmentation du volume de l'utérus et quelquefois l'existence d'un bruit de souffle abdominal, on comprendra que la confusion avec la grossesse au début soit jusqu'à un certain point inévitable, surtout si elle est compliquée d'une métrorrhagie. Cependant, la consistance du corps de l'utérus gravide est plus moile et plus élastique que dans le cas de fibromes. Les muqueuses génitales conservent leur couleur normale et par conséquent n'offrent pas la couleur violacée, caractéristique de la grossesse. Enfin, quand on pratique le toucher, soit vaginal, soit rectal, il n'est pas rare de constater une ou plusieurs bosselures formées par un ou plusieurs fibromes.

Ces états morbides peuvent exister en même temps que la grossesse et ne font qu'aggraver les difficultés du diagnostic.

En terminant, nous ferons observer que, très souvent, malgré un interrogatoire habilement dirigé et des examens réitérés, on reste dans l'incertitude. « Le seul moyen d'éviter l'erreur, dit « Pajot (1), c'est d'attendre jusqu'au moment où « l'on pourra constater les battements du cœur du « fœtus. »

(1) Pajot. Mém. publ. in Bull. de thér., 1874, et in Ann. de gyn. t. I, 1874.

PRONOSTIC

Tous les auteurs, en général, sont d'accord pour dire que les métrorrhagies des premiers mois de la gestation ne présentent pas de gravité pour la mère, mais bien pour le fœtus. Il ne s'ensuit pas de là que ces hémorrhagies soient toujours liées à l'avortement, comme l'ont voulu certains auteurs : il y a bien d'observations de grossesses compliquées de métrorrhagies à leur début et qui sont, cependant, arrivées à terme. Nous croyons pouvoir affirmer qu'en général ces écoulements de sang n'entravent point le cours de la gestation, tant qu'ils sont modérés. Nous ne parlons pas, bien entendu, d'une façon absolue ; car on rencontre de cas où la métrorrhagie a entraîné l'avortement. Bien que trop souvent il soit dû à la négligence de la malade (obs. F. et K.), à l'absence de tout traitement ou à son insuffisance ; il peut se produire, parfois aussi, malgré un traitement des mieux appropriés et sans qu'on puisse en saisir la cause (obs. B E G).

TRAITEMENT

La thérapeutique de ces métrorrhagies est des plus simples quand il n'y a pas de doute sur l'existence de la grossesse ; mais il n'en est pas de même quand le diagnostic est incertain, ce qui n'arrive que trop souvent, ou erroné. Dans le premier cas, on ne peut pas instituer un traitement convenable, dans la crainte de provoquer l'avortement ; dans le second cas, le traitement entraîne très fréquemment la fausse couche. A ce sujet, nous trouvons, dans la thèse de M. Tournebize (1), la relation suivante :

« Nous avons vu tout récemment un médecin,
« qui cependant est très distingué, prendre une
« grossesse pour des fongosités utérines : la femme
« présentait tous les caractères d'une anémie prononcée ; des hémorrhagies utérines s'étaient reproduites à diverses reprises, durant un laps de temps d'environ deux mois. Outre le traitement tonique usuel, on cautérisa le col, puis l'on introduisit dans l'utérus une curette pour en chasser les végétations. Le lendemain, on put constater un avortement. »

(1) Tournebize. Des hémorrhagies utérines durant la grossesse, avant et après l'accouch. Th. de Paris, 1870.

Cette observation étant incomplète, il est à supposer que chez cette femme il n'y avait que peu ou point de signes en faveur de la grossesse. Dans le cas suivant, l'avortement était le résultat de la négligence, peut-être, du médecin.

M. Siredey fut appelé pour voir une jeune dame, multipare, bien réglée, qui, ayant eu un retard des menstrues pendant trois mois, vit reparaitre un écoulement sanguin, de médiocre abondance, durant plusieurs jours. Après un examen minutieux, M. Siredey diagnostica une grossesse de trois à quatre mois, compliquée de métrorrhagie; mais la belle-mère de cette dame, ayant sans doute des connaissances obstétricales plus vastes, n'accepta pas le diagnostic porté par notre cher maître, prétendant que, « de son temps, les femmes enceintes ne perdaient pas de sang ». On appela M. Tarnier, qui se prononça dans le même sens que M. Siredey et eut le même insuccès. Bref, un autre médecin vient soigner la malade et finit par provoquer l'avortement, et des accidents très graves, à la suite de cautérisations pratiquées sur le col de l'utérus, dans le but d'arrêter l'écoulement de sang.

Pour ne pas agir en aveugle et se mettre à l'abri de pareils accidents, il faut recourir à des moyens curatifs qui, tout en ayant de l'efficacité pour arrêter les métrorrhagies en général, ne puissent pas nuire au cours de la gestation.

Ces moyens sont : le repos *absolu* et l'immobilité la plus complète dans le décubitus dorsal, le siège

élevé, les cuisses fléchies, maintenues dans cette position par des coussins qu'on place sous les jarrets et la tête plus basse que le corps. Les couvertures en nombre suffisant pour entretenir une douce chaleur. La chambre sera bien aérée et on aura soin de maintenir une température plutôt fraîche.

On veillera à la régularité des selles. On combattra la constipation au moyen des lavements d'eau tiède, additionnée de deux ou trois cuillerées à bouche d'huile d'amandes douces, ou bien de glycérine. Les laxatifs, tels que les eaux de Rubinat, d'Hunyadi-Janos, de François-Joseph, etc.

L'application de compresses imbibées d'eau fraîche sur le ventre et souvent renouvelées, ainsi que les vessies remplies de morceaux de glace rendent de très bons services. Les boissons acidules et rafraîchissantes : limonades citrique, sulfurique, l'eau de Rabel à la dose de IV à V gouttes dans un verre de limonade, à prendre par gorgées dans la journée.

Contre la douleur, on aura recours aux lavements laudanisés : X à XV gouttes par quart de lavement dans la journée, qu'on pourra renouveler plusieurs fois si cela est nécessaire.

On remontera l'état général par une alimentation fortifiante, les toniques : quinquina, gentiane, préparations ferrugineuses, etc.

Il faut toujours avoir un grand soin d'éviter les causes occasionnelles.

Tant que la perte de sang est modérée et que l'état général de la malade reste à peu près satis-

faisant, on doit se borner à ce traitement, qui donne de bons résultats dans la majorité des cas, et attendre. Mais si l'hémorrhagie augmente, s'il y a des douleurs intolérables et, surtout, si la malade dépérit, il n'y pas à hésiter, on doit instituer un traitement plus ou moins actif, suivant les cas, ayant toujours en vue la possibilité de conjurer l'avortement.

Tout en insistant sur le traitement précédent, on prescrira la digitale à la dose de 0,30 à 0,60 centigrammes de poudre de feuilles, en infusion dans 120 grammes d'eau édulcorée. Les injections hypodermiques d'ergotine Yvon, de préférence, qui contient un gramme d'ergot par gramme de liquide; dose : 0,20 centigrammes à 2 grammes.

Les réfrigérants intus et extra.

On placera des ligatures à la racine des membres; des sinapismes sur la poitrine, les avant-bras, les poignets, sur les mollets et les cous-de-pied.

On peut essayer la faradisation de l'utérus qui, d'après Tanguy, Manoel Ramos (1) et autres, est un puissant hémostatique n'offrant aucun péril; on applique l'un des réophores sur la paroi abdominale et l'autre sur le col de l'utérus.

Finalement, le tamponnement.

(1) Ramos (Manoel). Sur la faradisation de l'utérus comme un moyen hémostatique dans la métrorrhagie. In Bull. gén. de théor., du 15 janvier 1886, t. CX, p. 29.

CONCLUSION

1° Ces métrorrhagies sont bien plus fréquentes qu'on ne le croit généralement;

2° Elles sont la conséquence de la rupture des capillaires de nouvelle formation, qui s'organisent pour la soudure des deux caduques, l'ovulaire et la pariétale, et par cela même elles ne peuvent pas reparaitre à une époque plus avancée de la grossesse;

3° L'absence de signes certains de la gestation dans les premiers mois et de tout autre phénomène concomitant de cette hémorrhagie peut souvent donner lieu à des méprises;

4° Le diagnostic est très difficile et parfois impossible;

5° D'ordinaire, elles n'entravent pas le cours de la grossesse. L'avortement peut être considéré comme une exception;

6° Il faut instituer un traitement qui puisse arrêter l'hémorrhagie sans compromettre le cours de la gestation, si l'écoulement est léger; dans le cas contraire et dans celui où la malade souffre, on doit agir avec plus ou moins d'énergie, suivant la gravité du mal.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION A (D^r Ozenne). — *Métrorrhagie pendant les trois premiers mois de la grossesse. — Fausse couche au cinquième mois. — Syphilis.*

Mme X..., 34 ans, rue Rodier. Bonne constitution. Tempérament nerveux. Syphilis antérieure probable. Deux iritis suspectes, dont l'une récente, n'a été définitivement guérie que par l'emploi de l'iodure de potassium. Pas de traces sur le corps.

Pas de maladies durant l'enfance ; à 15 ans, attaque de rhumatisme articulaire d'assez longue durée.

A 17 ans, apparition des règles qui ne se montrent qu'une fois et restent supprimées pendant trois ans ; à 19 ans elles s'établissent régulièrement et à partir de ce jour n'offrent plus rien d'anormal.

Mariage à 22 ans (1873). Première grossesse immédiate, durant laquelle la malade souffre de fréquentes congestions alvéolo-dentaires. Accouchement par le forceps. Fille asphyxiée.

En 1874, deuxième grossesse, bonne. Accouchement par le forceps. Fille vivante, morte à 2 mois en nourrice.

En 1875, troisième grossesse, bonne. Accouchement normal. Garçon vivant, mort à 10 mois en nourrice.

En 1878, quatrième grossesse. Fausse couche à cinq mois. Peu de temps après sa deuxième grossesse, cette

femme avait été prise de maux de tête intermittents, qui devinrent presque continus, en offrant fréquemment des périodes d'exacerbation violente, et qui disparurent totalement après la fausse couche. il y a eu en même temps chute des cheveux. Durant les *trois premiers mois* de cette grossesse, la malade eut de *fréquentes hémorrhagies utérines*, au point que deux médecins consultés *éloignèrent toute idée de grossesse* : ces hémorrhagies, dont la durée n'était que de *deux à trois jours*, et dont *l'abondance* était *variable*, tout en étant *modérée*, se *répétèrent six à sept fois* durant les *trois mois*, sans *présenter de période d'apparition régulière* : 5, 10 et 15 jours furent les périodes qui les séparèrent. *Au bout de trois mois elles se supprimèrent* et ne reparurent plus jusqu'à la fausse couche, qui survint subitement vers la fin du cinquième mois, sans cause quelconque connue, affirme la malade.

En 1880, cinquième grossesse, bonne. Accouchement par le forceps : fille vivante, actuellement bien portante sans stigmates de syphilis.

En 1882, sixième grossesse. Fausse couche à trois mois. Pas d'hémorrhagies antérieures.

En 1884, septième grossesse, bonne. Accouchement normal en février 1885. Fille bien portante, nourrie par la mère, dont la santé, un peu affaiblie, est satisfaisante.

OBSERVATION B (D^r Ozenne). — *Métrorrhagie pendant les quatre premiers mois de la grossesse. — Fausse couche de quatre mois. — Chloro-anémie.*

Mme L..., âgée de 33 ans, originaire de Florence qu'elle n'a quitté que depuis deux ans pour habiter

Paris ; de stature moyenne, d'un tempérament lent, apathique, oriental, a été atteinte à plusieurs reprises de chloro-anémie assez prononcée depuis l'âge de 15 ans.

Dans son enfance, sujette aux amygdalites, elle a présenté pendant quelque temps un écoulement d'oreille et l'engorgement des glandes cervicales, dont il ne reste aucune trace. Pas d'autres maladies antérieures.

A 12 ans apparition franche et facile de la menstruation, qui s'établit régulière et abondante (cinq jours) et ne cesse de l'être jusqu'à cette époque.

A 25 ans, Mme L... se marie et devient enceinte ; durant cette grossesse, troubles digestifs fréquents, faiblesse et malaises divers. Pas d'hémorrhagies utérines. Accouchement à terme. Pas d'accidents consécutifs.

Trois ans plus tard, deuxième grossesse : avortement à deux mois et demi, durant lesquels il n'y a pas eu de fatigues et aucune autre cause pour l'expliquer.

Dix-huit mois après, troisième grossesse : avortement à quatre mois, survenu une nuit subitement sans cause connue. *Durant ces quatre mois il y a eu constamment un écoulement de liquide rosé* par la voie vaginale. Cet écoulement qui *ne fut jamais abondant, mais toujours assez coloré* pour tacher la chemise en rouge pâle, apparut une quinzaine de jours après les règles ; il se renouvela *chaque jour régulièrement* sans devenir plus abondant et sans changer de caractère jusqu'au quatrième mois, époque à laquelle fit irruption l'avortement. Durant ce laps de temps la jeune femme ne s'était exposée à aucune fatigue exagérée ; et s'il est possible d'invoquer comme cause de cette légère hémorrhagie utérine, en l'absence de toute autre évidente, la continuation des rapports sexuels, qui n'eurent jamais lieu avec excès on ne peut les incriminer que durant les six premières

semaines, car, dans les deux mois qui suivirent, la malade vécut complètement en célibataire par suite du départ de son mari pour la France. Malgré cette abstinence l'écoulement n'en continua pas moins, et une nuit, de violentes douleurs annonçaient le début d'un avortement qui se terminait quelques jours après sans suites fâcheuses.

Actuellement (deux ans après cet avortement) Mme L... est de nouveau enceinte de quatre mois ; il n'y a eu jusqu'à ce jour aucune hémorrhagie, aucun accident que des faiblesses et des douleurs d'estomac, qui sont en partie disparues. Léger souffle anémique à la base. Varices aux deux membres inférieurs. Les autres organes sont sains.

OBSERVATION C (personnelle). — *Métrorrhagie pendant les quatre premiers mois de la grossesse. — Accouchement à terme.*

La nommée Joséphine J..., âgée de 23 ans, couturière, se présente le 7 mars 1883 à la consultation de Gynécologie de l'hôpital Lariboisière.

Constitution faible. Cicatrices de quelques ganglions suppurés autour du cou. Elle souffre fréquemment des migraines. Pas d'antécédents héréditaires. Pas de syphilis. Flueurs blanches.

Réglée à 14 ans et toujours régulièrement. Première grossesse à terme, à l'âge de 17 ans ; accouchement par le forceps. Fausse couche de quatre mois deux ans plus tard, sans cause connue.

Dernières menstrues le 3 janvier.

Depuis le 15 février, et sans motif appréciable, elle

perd continuellement du sang en *petite quantité* et sans caillots. *Pas de douleurs.*

Examen : La vulve ne présente rien d'anormal ; elle est lubrifiée par un liquide *muco-sanguinolent*, sans odeur. Les culs-de-sac sont libres. On sent à travers la paroi postérieure du vagin des bosselures, qui ne sont autre chose que des matières fécales durcies ; en effet, cette femme n'est pas allée à la garde-robe depuis trois jours ; elle est toujours constipée.

Le col de l'utérus est gros, légèrement ramolli et un peu congestionné ; il regarde en arrière et à gauche ; sa surface est lisse. Son orifice laisse *suint*er un peu de sang très pâle. L'utérus est peu mobile. Pas de douleurs.

Les seins sont flasques et ne présentent d'autre particularité à noter que quelques picotements que la malade éprouve depuis deux jours.

Nous ne pouvons donc établir de diagnostic, et dans la crainte d'une grossesse au début, nous lui conseillons, pour tout traitement, le repos absolu au lit et l'usage des lavements pour combattre la constipation.

21 mars, la malade retourne à la consultation. Elle ne perd plus depuis quatre jours. Nous n'avons pas pu l'examiner.

23 mai. Elle revient et nous raconte que pendant le mois d'avril les pertes de sang se sont présentées trois fois, à quelques jours d'intervalle, et que son ventre avait grossi, mais qu'elle ne se croyait pas enceinte : « Il n'y a qu'un dérangement dans mes époques », disait-elle. Nous pratiquons un nouvel examen :

Vulve légèrement violacée, très lubrifiée. Pas d'écoulement sanguin. Le col de l'utérus est difficile à atteindre avec le doigt : il est ramolli ; son orifice entr'ouvert. Uté-

rus immobile, et remontant à quatre travers de doigt au-dessus du pubis.

Immédiatement au-dessus du pubis et un peu à droite de la ligne blanche, on entend distinctement le bruit de tic-tac caractéristique du cœur du fœtus. Pas de souffle. Pas de ballottement. Pas de mouvements actifs.

Les seins sont augmentés de volume, les tubercules de Montgomery sont hypertrophiés.

Diagnostic. Grossesse vers le commencement du cinquième mois.

Au mois de novembre nous revoyons cette femme, qui nous dit avoir accouché le 12 octobre, que son enfant était bien portant et que les métrorrhagies n'avaient plus reparu depuis le mois d'avril.

OBSERVATION D (personnelle). — *Métrorrhagie pendant le quatrième mois de la grossesse. — Accouchement à terme.*

La nommée L... (Dorotée), âgée de 19 ans, modiste, entre à l'hôpital le 29 juillet 1885, salle Sainte-Claire, lit n° 20.

Elle n'a pas connu son père, sa mère vit encore et n'a jamais été malade.

Scarlatine à 10 ans. Rhumatisme à 13 ans. Pas de syphilis. Crise de nerfs à la moindre contrariété.

Elle a été réglée à 15 ans, irrégulièrement, tantôt en avance, tantôt en retard et toujours abondamment.

Une grossesse à terme, il y a un an ; l'accouchement fut facile et n'eut pas de suite facheuses. Pas de fausses couches.

Dernières menstrues, le 5 avril.

Le 15 de ce mois-ci, sans cause connue et sans le moindre malaise, la malade commence à perdre du sang ; elle croit d'abord au retour des règles, mais comme le 29 l'écoulement n'avait pas cessé, elle se décide à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — La malade n'a aucun malaise. Bon appétit. Digestions lentes. Elle est toujours constipée.

La vulve présente une coloration violacée uniforme, elle est très lubrifiée. L'entrée du vagin laisse suinter un peu de sang pâle. Le vagin et les culs-de-sac sont souples. Le col de l'utérus remonte très haut ; il est un peu gros, lisse et légèrement ramolli. L'utérus est peu mobile : les mouvements qu'on lui imprime avec un doigt introduit dans le vagin sont ressentis par une main placée sur l'hypogastre. Il n'y a pas de douleur.

Au spéculum on voit le col de l'utérus violacé, sa surface ne présente aucune solution de continuité ; son orifice, entr'ouvert, laisse couler du sang en petite quantité.

Le ventre est un peu développé. La tumeur qu'on sent, dépassant de trois travers de doigt à peu près le pubis, paraît être formée par le corps de l'utérus. Rien à l'auscultation. Pas de choc fœtal. Pas de mouvements actifs. Pas de souffle.

Les seins sont petits, fermes ; quand on les presse, on provoque de la douleur et en même temps on fait sourdre du mamelon un liquide blanchâtre. Les tubercules de Montgomery sont hypertrophiés.

Avec cet ensemble de signes, nous pouvons soupçonner, croyons-nous, une grossesse de quatre mois, compliquée d'une métrorrhagie.

Cette malade n'a fait aucune chute, aucun effort, elle

n'a pas abusé du coït; mais j'ai pu découvrir qu'elle se masturbe très fréquemment.

Traitement : repos absolu au lit. Lavements tous les deux jours.

2 août. L'écoulement ne s'est pas modifié. L'état général est toujours bon.

L'hémorrhagie s'arrête le 3 et reparait le 4, mais moins abondante.

Le 12. Depuis le 6 il n'y a plus d'écoulement.

La malade sort guérie le 15 août, neuf jours après la cessation de l'hémorrhagie.

Depuis cette époque jusqu'au jour de son accouchement (16 janvier 1886), les métrorrhagies ne sont plus reparues.

OBSERVATION E (personnelle). — *Métrorrhagie pendant le quatrième mois de la grossesse.—Avortement.*

La nommée R... (Marie), âgée de 38 ans, domestique. Tempérament sanguin, constitution forte. Entre à l'hôpital le 18 février, salle Sainte-Geneviève, lit n° 19.

Pas d'antécédents héréditaires. Pas de syphilis. Une atteinte de rhumatisme articulaire subaigu en 1870. Toujours bien portante.

Réglée à 18 ans, régulièrement depuis. Trois grossesses à terme. Accouchements, le premier par le forceps, les deux autres naturels. Pas de suites fâcheuses.

Dernières règles le 22 octobre.

Cette femme, voyant que ses règles ne reparaissaient plus, se croyait enceinte; mais le 6 février elle éprouva, comme d'habitude, à l'époque de ses menstrues, un peu de malaise et une sensation de pesanteur dans les reins

et dans le bas-ventre ; bientôt elle commença à perdre du sang, ce qui lui fit supposer le retour des règles, qui étaient en retard, et par conséquent elle ne pouvait pas être enceinte, disait-elle.

Douze jours après, la métrorrhagie continuait encore. La malade vient se faire soigner à l'hôpital.

Etat général satisfaisant. Pas d'appétit. Quelques vomissements après les repas. Constipation opiniâtre. Faiblesse dans les jambes.

Le ventre est souple ; on provoque de la douleur en pressant sur l'hypogastre, où on constate une tumeur lisse, rénitente, presque immobile, dépassant de quatre travers de doigt le bord supérieur du pubis et inclinée à gauche.

Métrorrhagie modérée, constituée par du *sang rouge à peu près pur*, avec quelques petits caillots. Pas de douleurs spontanées.

Les muqueuses de la vulve, du vagin et du col sont violacées ; celui-ci est gros, ramolli. Quelques veinosités dans la face interne des cuisses.

Malgré un examen des plus minutieux, M. Siredey ne peut découvrir aucun symptôme capable d'éclairer le diagnostic ; cependant, il hésite entre une grossesse et un fibrome.

Repos absolu au lit. Laxatifs.

Le 19 et le 20. Même état. L'écoulement sanguin n'a subi aucune modification. Plus de nausées ni de vomissements.

Le 20. L'hémorrhagie conserve toujours les mêmes caractères. M. Siredey fait un nouvel examen ; même doute pour le diagnostic ; mais par l'existence de cette couleur violacée des muqueuses génitales, qu'on rencontre le plus souvent pendant la grossesse, il incline

plutôt pour cette dernière et s'abstient de pratiquer l'hystérométrie, qu'un de ses confrères lui conseillait.

Le 22, au soir. La métrorrhagie devient plus abondante. La malade ressent quelques douleurs dans le bas-ventre.

Glace sur le ventre. Quart de lavement avec quinze gouttes de laudanum.

Le 23. Vers 2 heures du matin, hémorrhagie violente. Douleurs expultrices.

Injectons hypodermiques d'ergotine Yvon. Tamponnement.

Le même jour, fausse couche. Fœtus de quatre mois.

OBSERVATION F (personnelle). — *Métrorrhagie pendant les trois premiers mois de la grossesse. — Avortement.*

La nommée D... (Anna), âgée de 26 ans, couturière. Tempérament lymphatique. Constitution médiocre. Entre à l'hôpital le 2 janvier 1884, salle Sainte-Claire, lit n° 34.

Antécédents : mère morte folle. Père mort d'accident. Sœur d'une santé délicate. Aucun antécédent héréditaire bien caractérisé. Elle n'a jamais été malade.

Réglée à 19 ans ; depuis cette époque, les règles sont venues régulièrement. L'année dernière, première grossesse à terme, accouchement normal. Pas de suites. Pas de fausse couche.

Dernières règles vers le 9 ou le 10 septembre. Quelques semaines après, faiblesse, inappétence, nausées, somnolence après les repas, flueurs blanches. Elle va

consulter un médecin, qui lui prescrit des toniques (fer, quinquina, etc.), cautérise plusieurs fois, avec le nitrate d'argent, un ulcère du col de l'utérus et ordonna des injections vaginales avec la décoction de feuilles de noyer, d'écorce de chêne, etc. Il y avait quinze jours que la malade suivait ce traitement, lorsqu'elle eut des pertes de sang *continuelles et sans douleur*. Le sang rendu était, au dire de cette femme, *semblable, en abondance, à celui de ses règles*; mais la couleur était tantôt plus pâle, tantôt brunâtre.

La malade n'a pas gardé le lit ni suivi aucun traitement. D'autre part, elle n'a fait aucun effort ni excès de travail, ni abus de coït.

E. A. La malade est faible, anémiée et perd toujours du sang. L'écoulement sanguin est *très médiocre*; il ne s'accompagne *pas de douleurs*.

La vulve ne présente rien de particulier à noter; le vagin et les culs-de-sac non plus. Le col n'est pas gros, il est un peu ramolli, lisse, congestionné; pas d'autre lésion appréciable à la vue : son orifice, fendu et légèrement entr'ouvert, *laisse suinter du sang pâle*. L'utérus est mobile.

Nous n'avons pas pu trouver, ni dans l'appareil génital ni ailleurs, aucun autre symptôme pouvant servir au diagnostic.

Traitement : repos absolu au lit. Toniques. Lavements contre la constipation.

Les 3 et 4. L'écoulement du sang n'a subi aucune modification. Peut-être il est moins abondant que les jours précédents.

Le 5. La métrorrhagie s'arrête.

Le 6, au soir. La malade commet l'imprudence de se lever et l'hémorrhagie réparaît aussitôt. Pas de douleurs.

Le 7. L'écoulement devient plus abondant. Toujours pas de douleurs. Aucun malaise. Etat général bon.

Le 8. Douleurs de plus en plus fortes. La métrorrhagie augmente. Pas de caillots.

Glace sur le ventre. Injections hypodermiques d'ergotine Ivon. Quart de lavement avec dix gouttes de laudanum.

Le 9. Fausse couche à une heure du matin ; fœtus de trois mois. Accidents consécutifs sans importance.

OBSERVATION G (personnelle. — *Métrorrhagie pendant les quatre premiers mois de la grossesse. — Avortement.*

La nommée B... (Céline), âgée de 41 ans, journalière, entre à l'hôpital le 7 novembre 1883, salle Sainte-Genève, lit n° 22.

Constitution faible, santé toujours délicate. Fièvre typhoïde à 30 ans ; pleurésie il y a quatre ans. Pas d'antécédents héréditaires. Pas de syphilis.

Réglée à 13 ans, la menstruation a toujours été régulière. Pertes blanches dans l'intervalle. Mariée à 19 ans. Sept grossesses à terme, accouchements naturels, sans suites.

Dans les trois derniers mois de sa quatrième grossesse, il y a dix-sept ans, la malade eut, à la suite de rapports sexuels, deux métrorrhagies peu abondantes et de courte durée ; elles étaient accompagnées de douleurs dans les reins et dans le bas-ventre ; cependant, l'accouchement eut lieu à terme et l'enfant était bien portant.

Les dernières règles se sont présentées le 2 juillet. Quatre semaines après, cette femme eut une petite perte de sang qui ne dura qu'un jour. Le 8 octobre, nouvelle

perte qui s'arrêta au bout de trois jours. Le 2 novembre, dans l'après-midi, la malade recommence à perdre : comme les métrorrhagies précédentes, *toujours en petite quantité et sans douleurs*. Le 7, voyant que la perte ne s'arrêtait pas, elle entre à l'hôpital.

La malade assure n'avoir fait aucun travail pénible, ni effort, ni chute, ni abus du coït. Son état général est bon. Langue blanchâtre, pas d'appétit ; constipation habituelle.

Le ventre est souple, non douloureux. On constate à l'hypogastre la présence d'une tumeur dure, lisse, élastique, remontant à trois travers de doigts, à peu près, au dessus du pubis. Rien à l'auscultation.

La vulve est violacée, baignée par un mucus sanguinolent qui coule du vagin. Au toucher vaginal, on sent le col de l'utérus, qui est situé assez haut ; il est gros, lisse, ramolli et regarde en arrière ; son orifice est fendu ; les culs-de-sac sont libres. L'utérus est peu mobile. Au spéculum, on voit le col violacé ; il ne présente aucune lésion.

Les seins sont développés, un peu sensibles à la pression. Pas de changements ni dans les aréoles ni dans les mamelons.

Les jambes sont œdématiées ; on voit quelques varices à la face interne des cuisses.

Diagnostic : métrorrhagie compliquant peut-être une grossesse au début.

Repos absolu au lit. Lavements avec deux cuillerées à bouche de glycérine.

Le 8. La perte continue.

Le 9 et le 10. Même état.

Le 11. Malgré le repos, la métrorrhagie n'a pas cessé ;

elle est toujours peu abondante, comme les jours précédents.

Le 12. Même état.

Le 13. La malade ressent une douleur sourde dans tout le ventre. La métrorrhagie devient plus abondante; il n'y a pas de caillots; pas de douleurs expultrices, Quart de lavement avec dix gouttes de laudanum.

Le 14. La douleur est plus violente, elle se localise dans le bas-ventre. L'hémorrhagie n'a pas augmenté.

Glace en permanence sur le ventre. Quart de lavement avec dix gouttes de laudanum le matin et un autre le soir.

Le 15. Pas de modifications. Cataplasmes laudanisés sur le ventre, au lieu de la glace que la malade ne peut pas supporter. Dans la nuit, métrorrhagie très abondante. Douleurs expultrices.

Injections hypodermiques d'ergotine. Quart de lavement avec quinze gouttes de laudanum.

Fausse-couche vers six heures du matin. Métrorrhagie après l'avortement, arrêtée par le tamponnement et les injections d'ergotine.

OBSERVATION H (D^r Ganzinotty) (1). — *Métrorrhagie pendant la deuxième, troisième, quatrième et première semaine du cinquième mois de la grossesse. — Accouchement à terme.*

J. H..., âgée de 20 ans, habite une commune des environs de Nancy, où elle est mariée depuis 1881. Je n'ai rien à signaler dans ses antécédents morbides, si ce n'est

(1) Ganzinotty. Rev. méd. de l'Est, t. 17, p. 152. Nancy, 1885.

une fausse couche survenue à six mois et demi, en juin 1882, après une promenade en voiture; cette fausse couche fut précédée d'une petite perte, quelques taches sur le linge, durant à peine une demi-journée, à la fin du troisième mois de la grossesse. Lors de l'expulsion du fœtus, tout se passa heureusement; il n'y eut de perte ni avant ni après; et une fois le délivre retiré trois quarts d'heure après par une sage-femme, tout alla pour le mieux : la malade se remit en très peu de temps, elle fut de nouveau bien réglée et n'eut ni leucorrhée, ni perte, ni aucun des symptômes qui accompagnent les maladies de la matrice.

La dernière époque survint le 20 avril dernier; elle dura comme d'habitude cinq jours. Puis, sans que la santé de cette femme fût aucunement troublée, elle n'eut pas son époque à la fin du mois de mai et songeait à un simple retard quand, le 2 juin, « les règles sont revenues, » suivant sa propre expression.

Depuis ce moment, l'écoulement rouge noirâtre qu'elle avait pris pour ses règles fut *intermittent, peu abondant, sans caillots*, ne déterminant que quelques taches sur le linge, *durant quelques jours, disparaissant sans motif, pour reparaître tous les huit à dix jours*,

A partir du 5 août, l'écoulement devient continu, *toujours peu abondant*, toujours brun rougeâtre, toujours constitué par du sang pur. Pour donner une idée de la faible quantité de sang perdu, je dirai que le linge gardé par la malade, pendant quatre jours, n'avait qu'une dizaine de taches brunâtres; ce suintement persista, malgré le repos dans le décubitus horizontal, jusqu'au 7 septembre, puis disparut spontanément et, le 25 novembre, n'avait plus reparu.

Je dois ajouter que les causes qui, d'ordinaire, exaltent

l'éréthisme de l'appareil utéro-ovarien, paraissent avoir été sans influence sur la quantité de l'écoulement, qui est resté toujours égal à lui-même.

Il n'y eut, pendant tout ce temps, *aucune douleur*, ni à la région pelvienne, ni à l'hypogastre, ni à la région lombaire; point de leucorrhée avant, pendant ou après ces métrorrhagies.

Qu'avait donc cette jeune femme?

L'examen auquel elle fut soumise les 19, 22 et 27 août me permit de constater deux choses :

1° Que le sang suintait de l'orifice externe du col utérin; celui-ci, du reste, paraissait sain à l'extérieur, ne présentait ni granulations, ni ulcérations, et était fermé;

2° Que cette femme était probablement enceinte; en effet, le fond utérin s'élevait à 4 centimètres au-dessus du pubis, le col était un peu ramolli, le sein gauche, plus développé que le sein droit, laissait écouler à la pression un liquide séro-lactescent.

Toutefois, les signes certains, le ballottement, les mouvements actifs et les battements redoublés faisaient encore défaut.

Mais depuis, plusieurs examens ont transformé cette probabilité en certitude diagnostique.

Les mouvements actifs furent sentis pour la première fois au milieu de septembre, quelques jours après la cessation de l'écoulement de sang.

10 novembre. Le fond utérin dépassait l'ombilic de 2 à 3 centimètres, les petites parties étaient à gauche, le dos et le maximum des battements redoublés à droite, la tête derrière le pubis, le col très ramolli, le ballottement assez net.

Le 25. En explorant les organes génitaux, je constatais que le vagin était assez sec, nullement granuleux; que

le col était, en arrière et à gauche, très ramolli et entr'ouvert; que le segment inférieur, également mince dans toute son étendue, normal, bombant, contenant la tête fœtale, se prêtait fort bien à la recherche du ballottement. Du reste, les battements redoublés se perçoivent très bien à droite et les mouvements actifs à gauche; le fœtus paraît bien se porter, ainsi que sa mère, dont l'état général ne s'est pas modifié, dont la santé est restée excellente, dont la grossesse continue son cours régulier, sans écoulement hémorrhagique, ni leucorrhéique, sans phénomène douloureux.

En résumé, une jeune femme devenue enceinte du 25 au 29 avril dernier, est prise, dans le cours de la sixième semaine de sa grossesse, d'un écoulement sanguin intermittent qui devient et reste continu durant tout le quatrième mois et la première semaine du cinquième mois; l'écoulement, peu abondant sans doute, a lieu, sans troubler le cours de la grossesse, sans altérer la santé de la femme et s'arrête spontanément à *mi-terme*.

OBSERVATION I (D^r E. H. Trenholme) (1). — *Métrorrhagie pendant les premiers mois de la grossesse — Avortement provoqué par inadvertance.*

Il s'agit d'une femme âgée de 39 ans, pâle, anémique, mariée depuis seize ans et mère de cinq enfants dont le plus jeune a 8 ans. Immédiatement après la naissance de cet enfant, son mari la quitta. Il revint en novembre 1874, demeura avec elle pendant six semaines, puis dis-

(1) E.-H. Trenholme. Loc. cit.

parut de nouveau. La malade raconte qu'elle eut ses règles comme à l'ordinaire au mois de janvier 1875; mais que le sang était plus abondant; que depuis cette époque l'écoulement sanguin n'a pas cessé, qu'il est seulement *moins abondant dans l'intervalle des époques*. De plus, elle se plaint de douleurs vives dans le bas-ventre; ces douleurs ne ressemblent pas aux douleurs de l'accouchement. L'auteur soupçonna une affection maligne de l'utérus. Pour éclairer le diagnostic il dilata le col suffisamment pour permettre l'introduction de l'index dans la cavité utérine. Il put alors atteindre un corps globuleux situé au fond de cette cavité. Le col ayant été plus complètement dilaté, la main fut introduite dans l'utérus. Il constata alors que la cavité contenait un corps ressemblant à une grosse tumeur sessile, dont la base était dirigée à droite et occupait environ le quart de la face interne de la matrice. Ce corps était un fœtus enveloppé de ses membranes. La muqueuse du segment inférieur de l'utérus ne présentait pas de traces de caduque. Vu le volume du fœtus, l'utérus était démesurément développé. La trompe de Fallope, du côté gauche, était libre. Les membranes furent rompues et le fœtus extrait, ainsi que le placenta, celui-ci était très adhérent. La caduque pariétale fut laissée en place, à la suite de l'opération l'utérus revint bien sur lui-même et la malade guérit rapidement.

OBSERVATION J (D^r Boys de Laury) (1). — *Métrorrhagie pendant le troisième mois de la troisième grossesse et au début des deux grossesses précédentes. — Accouchement à terme.*

Mme X..., constitution délicate, mariée tard, eut une première grossesse après six ans de mariage : vers le *troisième mois*, elle fut prise de pertes *peu abondantes*, qui se manifestèrent *plusieurs jours de suite et à différentes reprises*. Quoique l'avortement parut imminent, les pertes cédèrent sous l'influence du repos et de quelques soins généreux. Dans le courant du huitième mois, l'accouchement eut lieu ; mais l'enfant, développé comme il devait l'être à cette époque, était mort.

Deux années plus tard, nouvelle grossesse ; *hémorrhagies légères au quatrième mois*, avortement au sixième.

Six années s'écoulèrent, et Mme X... désespérait d'être mère. Enfin survint une troisième grossesse, pendant laquelle, malgré toutes les précautions, les mêmes accidents que précédemment apparurent encore. Dans le *courant du troisième mois*, *des pertes successives* se montrèrent, et leur durée totale fut de trente à quarante jours. M. Boys de Laury craignit un avortement qui n'eut pas lieu, et il fut surpris de voir la grossesse suivre son cours normal. Mme X..., âgée de près de 40 ans, accoucha heureusement, à terme, d'un enfant fort et parfaitement constitué.

(1) Observation citée par M. H. Leger. Leger. Loc. cit.

OBSERVATION K (D^r X...) (1). — *Métrorrhagie pendant les premiers mois de la grossesse. — Avortement.*

Mme G..., demeurant à Paris, âgée de 35 ans, mariée depuis quinze ans environ, mère de trois enfants, d'un tempérament nervoso-lymphatique, d'une constitution grêle et délabrée; son caractère est doux, mais parfois excessivement irritable. Obligée de s'imposer des privations pour élever sa famille, elle se nourrit mal et habite un logement humide et privé de soleil, dans une des rues étroites du Marais; elle a fait une fausse couche il y a deux ans. La menstruation, habituellement régulière, éprouva un *retard* à la suite duquel une perte se déclara; elle perdit du sang pendant tout le mois de juin. D'abord, croyant que les règles reparaissaient, elle n'y fit pas attention; mais pourtant, voyant que l'écoulement sanguin se prolongeait et était plus abondant que de coutume, elle vint demander les secours de la médecine.

Aujourd'hui, 3 juillet, je lui trouve la peau et les muqueuses décolorées; elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre. Pertes sanguines *modérées*, les douleurs augmentent par la marche, et avec elles l'hémorrhagie. Chaque fois qu'elle monte un escalier, elle éprouve des palpitations, des brisements dans les membres en même temps que la perte est plus activement sollicitée. Pas de bruit de souffle ni aux carotides, ni au cœur. Les seins sont sensibles à la pression; pas d'envie de vomir, mais inappétence qui va jusqu'au dégoût. Je dois faire obser-

(1) Observation citée par M. Pagnon. Loc. cit.

ver que jusqu'à ce jour, Mme G... n'a pas rendu de caillots. Je prescrivis le repos, lavements laudanisés, boissons acidulées, injections vaginales légèrement astringentes bouillon de bœuf, un peu de vin ; sous l'influence de ce traitement, les douleurs cessèrent et la perte s'arrêta. La malade se croit guérie.

Le 12. Malgré mes conseils, elle s'enhardit imprudemment à faire une longue course dans Paris. De très vives douleurs se font sentir ; l'hémorrhagie paraît plus abondante. Après quelques légères contractions utérines, des caillots, au milieu desquels nous apercevons des membranes et une masse évidemment organisée, ne me laissent aucun doute sur le fait de l'avortement. Repos, injections vaginales émollientes, infusion de fleurs de tilleul et d'oranger, lavement laudanisé.

Le 15. Un caillot plus gros fut rendu, et un examen attentif m'y fit découvrir quelques fibres unies à une membrane ténue et rougeâtre. Je prescrivis encore le repos, quelques injections détersives. Depuis ce moment, les pertes diminuent graduellement, ainsi que les douleurs ; à l'aide d'une bonne alimentation, Mme G... sent ses forces renaître, et à la fin juillet elle est entièrement rétablie.

OBSERVATION L (Mauriceau) (1). — *Métrorrhagie pendant les quatre premiers mois de la grossesse. — Accouchement, au huitième mois, d'un enfant mort.*

Le 1^{er} août 1690, j'ai accouché une femme, au terme de huit mois de sa grossesse, d'un enfant mort, en son

(1) Mauriceau. Loc. cit.

ventre, seulement, depuis 18 ou 20 heures. Cette femme avait eu une *petite perte de sang presque continuelle, durant les quatre premiers mois* de la grossesse ; après quoi, elle s'est bien portée jusqu'au moment d'accoucher.

OBSERVATION M (Mauriceau). — *Métrorrhagie pendant les deuxième, troisième, quatrième et une partie du cinquième mois. — Accouchement à terme.*

Le 15 février 1691, j'ai accouché une femme d'un gros garçon qui vint naturellement et qui se portait très bien, quoique sa mère eût une *médiocre perte de sang* qui lui arriva étant grosse de *six semaines* et lui dura près de *trois mois sans discontinuer que quelquefois quatre ou cinq jours*, jusqu'à ce que étant grosse, de *quatre mois et demi, cette perte de sang cessa pour lors tout à fait*, et cette femme se porta assez bien ensuite, sinon qu'elle fut incommodée de douleurs de reins et dans le ventre durant tout le cours de sa grossesse à cause que le cordon de l'ombilic de son enfant était de la moitié plus court qu'il ne devait être.

OBSERVATION N (Mauriceau). — *Métrorrhagie pendant les deuxième et troisième mois. — Accouchement à huit mois et demi.*

Le 12 août 1691, j'ai accouché une femme dix-huit jours avant le terme complet, d'un enfant mâle qui vint naturellement et qui était très fort : la mère n'étant

grosse que de *deux mois* avait eu une perte de sang pendant six semaines, *sans discontinuer que de trois à quatre jours de temps à autre* : cette femme était sujette à des hémoptysies pendant la grossesse ; ces hémorrhagies cessèrent après plusieurs saignées.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

- BAUDELOCQUE (J.-L.). — L'art des accouchements, 8^e édit., 2 vol. Paris, 1844.
- BERRY HART et FREELAND BARBOUR. — Man. de gynécol., traduit de l'anglais sur la 2^e édit., par E. Crouzat.
- BIGESCHI (Giov). — Trattato delle emorragie uterine nel tempo della gravidanza, del parto, et dopo il parto. Florence, 1816, in-8°, 2 vol.
- BOIVIN (Mme). — (Voir Rigby).
- BOUGON. — Génèse et étiologie des hémorrhagies de l'utérus. Thèse de Paris, 1873.
- BUHL. — (Voir Hecker).
- BURNS. — Traité des accouchements, traduit de l'anglais sur la 9^e édit., par Galliot. Paris, 1866.
- CAILLET. — Dissert. sur les hémorrhagies utérines en général. Paris, 1817.
- CAZEAUX. — Traité théor. et prat. de l'art des accouchements. Paris, 1840, 8^e édit. D^e, 1870, revu et annoté par Tarnier à partir de la 7^e édit.
- CHAMPEAUX. — Des hémorrhagies utérines pendant la grossesse et après l'accouchement. Thèse de Paris, 1856.
- CHAPOTEL (P.-L.). — Des hémorrhagies utérines pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1863.
- COURTY. — Art. métrorrhagie. In Dict. Dechambre, et Art. métrite, in Dict. Jaccoud.
- DAMOTTE. — Des hémorrhagies utérines pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1822.
- DELAUSPITAUT. — Perte de sang pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1819.

- DENMAN (Th.). An essay on uterine hoemorrhages depending on pregnancy and parturition. Londres, 1785, in-8°.
- DEPAUL. — Leçons de clinique obstétricale. Paris, 1872 76.
- DIONIS. — Traité général des accouchements. Paris, M.DCC.XVIII.
- DUGÈS. — Manuel d'obstétr. ou traité de la science et de l'art des accouchements avec fig. Paris, 1826, in-12.
- FICHEUX (B.). — Causes d'erreur dans le diagnostic de la grossesse. Thèse de Paris, 1874.
- FOCHIER. — Notes sur la caduque. Thèse de Paris, 1870.
- GANZINOTTY. — Métorrhagie dans la 1^{re} moitié de la grossesse, in Revue med. de l'Est., t. XVII, p. 152. Nancy, 1885.
- GENDRIN. — Traité de méd. pratique. Paris, 1838, 3 vol.
- GILLET DE GRANDMONT. — Evolution de la muqueuse utérine pendant la menstruation et la grossesse. Thèse de Paris, 1864.
- GILLIOT. — Des métrorrhagies pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1847, n° 225.
- GLOTIN. — Des hémorrhagies utérines pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1820.
- HECKER et BUHL. — Klinik der Geburtskunde. München, 1861-1862.
- HUBERT (E.). — Cours d'accouchements. Paris, 1878.
- JACQUEMIER. — Manuel des accouchements. Paris, 1846.
- LACHAPELLE (Mme). — Pratique des accouchements. Paris, 1825, 3 vol.
- LAFARGUE. — Du diagnostic de la grossesse. Thèse de Paris, 1847, n° 13.
- LAFERRIÈRE. — De la métrorrhagie. Thèse de Paris, 1846, n° 192.
- LAMBERT (Ern.-John). — Des grossesses compliquées de myômes utérins. Thèse de Paris, 1870, n° 268.

- LEBÉL. — Des métrorrhagies pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1850, n° 37.
- LÉGER (H.). — Des hémorrhagies utérines qui se manifestent pendant la grossesse, etc. Thèse de Paris, 1863.
- LEMONNIER. — Du diagnostic de la grossesse. Thèse de Paris, 1851.
- LENOEL. — De l'hémorrhagie utérine pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1852.
- LEROY (Alph.). — Leçons sur les pertes de sang pendant la grossesse, lors et la suite de l'accouchement, sur les fausses-couches et sur toutes les hémorrhagies, recueillies par l'éditeur J.-F. Lobstein. Paris, 1801, in-8°. Ibid., 1803, in-8°.
- MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées. Paris, 1668-1675-1694, in-4°.
- MAURICEAU. — Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes, etc. Paris, 1695-1715, in-4°.
- MAURICEAU. — Dernières observations sur les maladies des femmes grosses et accouchées. Paris, 1708, in-4°.
- MILLET. — Des métrorrhagies pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1871.
- MILLOT. — Observations sur les pertes des femmes. Paris, 1798.
- MINDER (H.). — Des hémorrhagies utérines. Thèse de Paris, 1864.
- MONNERET et FLEURY. — Compendium de médecine pratique. Paris, 1845.
- MOREAU. — Traité pratique des accouchements. Paris, 1841.
- MOTTE (de la). — Traité complet des accouchements. Paris, 1765, 2 vol.

- NAEGELE (H.-F.) et GREUSER. — *Traité des accouchements*, traduct. d'Aubenas. Paris, 1869.
- NAUDOT. — *Des hémorrhagies utérines pendant la grossesse*. Thèse 1818.
- PAGNON. — *Des hémorrhagies qui compliquent la grossesse, l'accouchement, etc.* Thèse de Paris. 1848, n° 226.
- PAJOT. — *Des causes d'erreur dans le diagnostic de la grossesse*. In *Annales de gyn.*, t. I, 1874 et in *Bull. de therap.*, 1874.
- PARISSET. — *Diss. sur les hémorrhagies utérines*. Thèse de Paris, an XIII, n° 509.
- PASTA (André). — *Discorso medico-chirurgico, intorno al flusto di sangue dell'utero delle donne gravide*. Bergamo, 1750, 2 vol. Ibid., 2^e édit., 1757.
- PASTA (André). — *Le même*, traduit et annoté par J.-L. Alibert. Paris, an VIII.
- PETIT (An.). — *Traité des maladies des femmes enceintes, id. en couches, etc.*, an VII, 2 vol., in-8°.
- PORTAL (Paul). — *Pratique des accouchements*. Paris, 1685.
- PUZOS. — *Traité des accouchements*, 1759.
- *Mémoire sur les pertes de sang qui surviennent aux femmes grosses, sur les moyens de les arrêter sans en venir à l'accouchement, etc.* In *mém. de l'Acad. de chirurgie*, in-4°, t. I, et à la suite de son *traité des accouchements*.
- RADOU. — *Sur quelques accidents de la grossesse*. Thèse de Paris, 1860.
- RAMOS (M.). — *Sur la farad. de l'utérus comme moyen hémostatique dans la métrorrhagie*. In *Bull. gén. de therap.*, 15 janv., 1886, t. CX.
- RIGBY (Ed.) et DUNCAN STEWART. — *Nouveau traité sur les hémorrhagies de l'utérus*, traduit par M. Boivin. Paris, 1818, in-8°.
- RONDELOU. — *Des hémorrhagies utérines*. Thèse de Paris, 1802, n° 149.

- SAINT-AMAND (A.-E. de). — Diss. sur les pertes de sang qui affectent les femmes pendant la grossesse, lors et à la suite de l'accouchement. Thèse de Paris, 1803.
- SAINT-VEL. — Hémorrhagies passives de l'utérus. In *Gaz. des hôpitaux*, 1869, p. 122-126.
- SCANZONI. — Précis théor. prat. de l'art des accouchements, trad. de l'allemand par P. Picard. Paris, 1859.
- SCHROEDER (Carl). — Man. d'accouchements, trad. de l'allemand par Charpentier. Paris, 1875.
- SIMPSON (Sir J.-Y.). — Diseases of Women. Edimb., 1872.
- SINETY (L. de). — Manuel de gyn. Paris, 1879.
- SIREDEY. — Art. Métorrhagie. In *Dict. de Jaccoud*.
- STOLTZ. — Art. Grossesse. In *Dict. Jaccoud et art. Caduque*. In *Dict. Dechambre*.
- TARNIER et CHANTREUIL. — Traité de l'art des accouchements. Paris, 1880, 2 vol.
- THOMAS. — Diseases of Women. Londres, 1880.
- TOURNEBIZE. — Des hémorrhagies utérines durant la grossesse, avant et après l'accouchement. Thèse de Paris, 1870.
- TRENHOLME. — Revue des Sciences médicales, t. 13, p. 609 et in *Trans. of the intern. Congr. of Philadelp.*, p. 870, 1876.

Vu, le président de la thèse, Vu, bon et permis d'imprimer
DUPLAY. Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.